

Evance Kalula

Professeur et Directeur

Institut du développement et du droit du travail, Université de Cape Town

Emma Levy

Chercheur

Institut du développement et du droit du travail, Université de Cape Town

Accès aux soins et aux systèmes de santé en Afrique du Sud

Abstract

The provision of and access to health care in South Africa reflects extreme inequality in the society, based on historical realities engendered by the Apartheid ideology in the past. It has been reinforced by prevailing high levels of poverty worsened by the HIV and AIDS pandemic. The inequality in the provision of and access to health care is also reflected in the divide between the private and public health sectors. In spite of this inequality, South Africa has a strong constitutionally driven right of access to health care. Despite the formidable challenges still to be overcome, building blocks for an equitable health care system are being laid.

Résumé

La fourniture de soins médicaux et l'accès à ces soins en Afrique du Sud reflètent l'inégalité extrême existant dans la société et reposant sur des réalités historiques engendrées par l'idéologie de l'Apartheid. Le fait que règne une pauvreté extrême n'a fait que renforcer ce problème, encore aggravé par la pandémie du VIH/SIDA. L'inégalité dans la fourniture des soins et l'accès à ceux-ci se reflètent également dans la séparation entre les secteurs médicaux privé et public. Néanmoins, le droit d'accès aux soins en Afrique du Sud repose sur des bases constitutionnelles. De nouvelles lois, politiques et réformes viennent actuellement compléter cet impératif constitutionnel pour renforcer la fourniture de soins de qualité et l'accès à ces soins. Malgré les importantes difficultés restant à surmonter, les fondations d'un système équitable de soins de santé sont en train d'être posées.

L'Afrique du Sud possède l'une des sociétés les plus inégalitaires du monde. Cette inégalité est particulièrement visible dans la fourniture des soins de santé, avec un secteur public de la santé qui soigne la population défavorisée, alors que la classe plus aisée est soignée dans le secteur privé. Bien que ce schéma soit en train d'évoluer quelque peu, l'inégalité suit toujours largement des critères raciaux¹. L'état de santé des sud-africains n'est, en général, pas très bon².

Avant 1994, le système médical sud-africain était organisé différemment d'une race à l'autre et prévoyait des niveaux différents de soins de santé, conformément à l'idéologie de l'Apartheid. Il existait également un grand nombre de groupes religieux qui dirigeaient des cliniques et des hôpitaux dans les communautés les plus pauvres et les zones les plus reculées. Les services de santé officiels étaient limités et se trouvaient principalement dans des zones urbaines.

En 1994, un certain nombre de changements importants sont intervenus dans le domaine des soins médicaux. La différenciation ou la discrimination pour des motifs raciaux sont devenues illégales et le gouvernement s'est attaché à impliquer des guérisseurs traditionnels dans le système médical officiel. De façon plus significative, le gouvernement a introduit des soins médicaux gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans. D'autres programmes ont été introduits, afin de servir gratuitement de la nourriture aux élèves de l'enseignement primaire issus de communautés défavorisées.

Le *Medical Schemes Act 131* (loi sur les régimes d'assurance médicale de 1998), entré en vigueur en février 1999, et les directives qui en sont issues, prônaient « l'accès sans discrimination aux soins de santé fonctionnant sur financements privés » grâce à des mécanismes tels que l'inscription ouverte, l'évaluation des risques en fonction des communautés (plutôt qu'en raison de l'âge et de l'état de santé) et réintroduisaient un ensemble de prestations

¹ M. P. Olivier, N. Smit, E.R. Kalula, G.C.Z. Mhone (eds), *Introduction to Social Security*, LexisNexis Butterworths, 2004, sp. p. 248. Voir également, The 2nd Kaiser Family Foundation Survey of Health Care in South Africa, 1999 : <http://www.health-e.org.za/stats/stats4.php3> .

² Ministère de la Santé, *Health Sector Strategic Framework 1999-2004*, cf. M. P. Olivier et al, *op. cit.*, sp. p. 233.

minimales devant être fournies par tous les programmes d'assurance maladie.

Ces réformes constituent des étapes intermédiaires sur le long et difficile chemin menant à un *Statutory Health Insurance* (SHI)³ et finalement à un système national d'assurance maladie. Les difficultés restantes sont, en grande partie, financières. Des réformes sont encore nécessaires pour le SHI, en termes de subventions croisées liées au risque (un Fonds d'égalisation des risques), de subventions croisées liées aux revenus et de couverture obligatoire. Le but ultime des réformes du SHI est d'augmenter le nombre de personnes apportant une contribution à un mécanisme financier de soins de santé qui réduise le poids supporté par le secteur public. Le problème clé de l'accès amélioré, qui n'a pas été traité directement par la législation actuelle, est de faire en sorte que cet accès soit abordable.

Parmi les changements supplémentaires qui pourraient rendre ces soins plus abordables, on peut citer la réglementation et le contrôle des prix des médicaments ainsi que la modification des réductions d'impôts sur les cotisations aux assurances santé. Sur l'année fiscale 2006/2007, la réduction d'impôts pour les cotisations est passée d'une provision des deux tiers nette d'impôts à un plafond mensuel qui tient compte du nombre de bénéficiaires couverts par l'assurance maladie. L'intention déclarée de cette réforme fiscale était d'encourager une couverture plus large par les assurances maladie⁴.

Cette brève étude dresse une esquisse de la situation des soins de santé en Afrique du Sud. Plusieurs aspects pertinents des soins médicaux et de leur disponibilité seront examinés ; en commençant par la définition de la santé et de l'impératif constitutionnel.

³ Système légal d'assurance maladie.

⁴ Trésorerie nationale d'Afrique du Sud, 2005. « Discussion document on the proposed tax reforms relating to medical scheme contributions and medical expenses », *cf.* Olivier et al., *op. cit.*, sp. p. 234.

I - Définition

Conformément à l'approche large adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le ministère de la Santé d'Afrique du Sud considère que la santé représente plus que l'absence de maladie⁵. Les services de santé recouvrent des services assurant la promotion, la prévention et les soins. Le rôle crucial des facteurs environnementaux tels que la propreté de l'eau, la désinfection et l'éducation sont reconnus comme étant fondamentaux pour l'amélioration de la santé et de la condition des individus et des populations⁶.

De nombreux spécialistes s'accordent en effet sur le fait que l'on puisse retenir une définition large de la santé, comprenant des facteurs multiples tels que la santé publique, l'éducation, la nutrition, l'eau et la désinfection, les problèmes liés à la pauvreté et l'attention portée à des groupes spécifiques tels que les femmes, les enfants et les personnes âgées. L'argument avancé est celui de l'interconnexion des facteurs et le fait qu'il n'est pas réaliste de séparer la santé physique d'autres facteurs qui ont un impact sur celle-ci. La santé, en fin de compte, doit être envisagée tant sous l'angle curatif que sous l'angle préventif.

Cette définition est bien résumée dans le jugement historique de « l'affaire des reins », *Soobramoney v. Minister of Health, KwaZulu-Natal*, par le Juge Albie Sachs, qui indiquait qu'« une vie saine dépend d'une interdépendance sociale : la qualité de l'air, de l'eau et l'état d'hygiène que l'État maintient pour le bien public ; la qualité des relations de soutien, qui sont fortement liées à la santé ; ainsi qu'à la qualité des soins médicaux et des aides, fournis officiellement par les institutions médicales et fournis de façon informelle par les familles, les amis et la communauté »⁷.

⁵ L'OMS définit la santé comme étant un « état de bien-être physique, mental et social complet et non pas comme l'absence pure et simple de maladie » et reconnaît ainsi le lien existant entre la santé et la protection sociale indirecte.

⁶ Ministère de la Santé, *Restructuring and the National Health System for Universal Primary Health Care*. Document Officiel publié par le Department of Health 91996.

⁷ *Soobramoney v. Minister of Health, KwaZulu Natal* (1998) (1) SA 765 (CC) ; 1997 12 BCLR 1696 (CC) 1712E-F ; Cf. Olivier et al., *idem*, sp. p. 235.

II - Impératif constitutionnel

La Constitution de la République d'Afrique du Sud (1996) dans la section 27(1) accorde à tous le droit d'accès aux services de santé – dont les soins de santé génésique, la nourriture et l'eau en quantité suffisante – et à la sécurité sociale ; et y compris, pour ceux qui sont incapables de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille, une assistance sociale appropriée. D'après la section 27(2), l'État doit prendre les mesures raisonnables, législatives et autres, compte tenu des ressources dont il dispose, pour assurer la réalisation progressive de ces droits. La section 27(3) dispose que personne ne doit se voir refuser un traitement médical d'urgence ; lequel est défini, conformément à la définition de « l'état d'urgence médical » comme « l'apparition soudaine et, à ce moment-là, inattendue, d'un état de santé qui exige un traitement médical ou chirurgical immédiat, et qui, à défaut, aurait pour résultat un préjudice important causé aux fonctions corporelles ou un dysfonctionnement grave d'un organe ou d'une partie du corps, ou qui mettrait la vie de la personne sérieusement en danger »⁸.

Dans l'affaire *Soobramoney v. Minister of Health, KwaZulu-Natal*⁹, le droit d'accès aux services de soins médicaux selon la section 27(1) de la Constitution et le droit de ne pas se voir refuser un traitement d'urgence conformément à la section 27(3), ont été envisagés. Le *Constitutional Court* a jugé que l'obligation de l'État de fournir un accès aux soins médicaux est qualifiée et que la tâche consistant à décider de la meilleure répartition des ressources limitées incombe à l'autorité compétente. Le tribunal, adoptant une approche conservatrice, a déclaré hésiter à interférer dans des décisions rationnelles ayant été prises de bonne foi. Le *Constitutional Court* a jugé que le sens ordinaire de l'expression « traitement médical d'urgence » ne couvre pas le traitement continu d'une maladie chronique dans le but de prolonger la vie¹⁰.

La Charte des Droits fondamentaux dans la section 28(1c) de la Constitution donne également à chaque enfant le droit à un minimum de nourriture, à un abri, à des soins médicaux et aux services sociaux. Selon la section 7(2) de la Constitution, l'État doit respecter, protéger, promouvoir et

⁸ *Medical Schemes Act* de 1998.

⁹ *Soobramoney v. Minister of Health, KwaZulu Natal, op. cit.*

¹⁰ Olivier et al, *op. cit.*, p. 236.

remplir les conditions de la Charte des Droits fondamentaux, qui constitue la pierre angulaire de la démocratie en Afrique du Sud.

Des mesures législatives raisonnables doivent être adoptées conformément à la section 27(2) de la Constitution pour mettre en place un plan d'action visant à établir un système de santé national, en utilisant les ressources disponibles pour répondre aux besoins en matière de soins médicaux de l'Afrique du Sud. Ceci est inclus dans le Préambule du *National Health Act 61* de 2003¹¹ et peut être interprété comme un devoir positif de l'État d'assurer l'accès aux soins médicaux de base pour tous.

Toutefois, un certain nombre de problèmes ayant un impact négatif sur l'accès aux soins médicaux demeurent encore. Il s'agit de l'inégalité de l'accès aux soins médicaux et de leur financement, du degré élevé de pauvreté, de l'accès limité à l'eau et à l'hygiène, ainsi que du manque de ressources, et en particulier des ressources humaines dans le secteur public.

Le droit à « l'accès » aux soins médicaux « compte tenu des ressources disponibles » n'est pas absolu. Ce droit peut être limité selon les termes de la section 36 de la Constitution – comme l'a démontré l'affaire *Soobramoney*. Cependant, dans l'affaire plus récente *Minister of Health & Others v. Treatment Action Campaign & Others*, le *Constitutional Court* a refusé d'accepter que les contraintes budgétaires puissent être un motif de refus de l'administration de médicaments antirétroviraux aux femmes enceintes et à leurs bébés¹². Par ailleurs, le *Mental Health Care Act 17* de 2002¹³ prévoit que les utilisateurs de soins psychiatriques ont « droit à des soins, des traitements et des services de réhabilitation appropriés »¹⁴. Ceci crée potentiellement un droit d'accès plus fort aux soins médicaux que celui existant pour les autres catégories d'utilisateurs de soins médicaux.

¹¹ Loi n° 61 sur le système national de santé de 2003.

¹² *Minister of Health & Others v. Treatment Action Campaign & Others* (2002) 10 BCLR 1033 (CC).

¹³ Loi n° 17 sur les soins de santé mentale de 2002.

¹⁴ Cf. Olivier et al., *idem* sp. p. 237.

III - Le droit au traitement médical d'urgence

Le droit à un traitement médical d'urgence n'est pas assorti d'une obligation d'assurer la réalisation progressive de ce droit. La section 27(3) de la Constitution prévoit donc un droit inconditionnel – défini négativement – de ne pas se voir refuser un traitement d'urgence.

Dans l'affaire *Soobramoney*, le *Constitutional Court* a jugé que le fait de ne pas se voir refuser un traitement médical d'urgence nécessaire et disponible est, dans une situation d'urgence, un droit. Cependant, une interprétation plus large de l'expression « traitement médical d'urgence » aurait pu avoir pour résultat d'inclure les traitements continus des maladies chroniques, dans le but de prolonger la vie¹⁵.

Le tribunal a donc jugé que le fait que l'État ne fournisse pas des unités de dialyse rénale pour toutes les personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique ne constituait pas un manquement à ses obligations, compte tenu des contraintes budgétaires qui existaient à ce moment-là. Le tribunal a considéré que s'il devait trancher en faveur du plaignant, il serait beaucoup plus difficile pour l'État de remplir ses obligations premières conformément aux termes de la section 27 de la Constitution et que cela donnerait la priorité au traitement des maladies en phase terminale par rapport à d'autres formes de soins médicaux.

La section 27(3) associée à la section 8(2) de la Constitution est, selon certains, applicable de façon transversale, et engage notamment les hôpitaux, cliniques, cabinets de consultation, services d'ambulances du secteur privé. Le champ d'application de ce droit ne concerne cependant que les traitements médicaux. Il n'engage que les médecins, infirmiers et professions paramédicales ; et ce, uniquement concernant les cas de « traitement médical d'urgence ».

Dans la pratique courante, ce devoir ne concerne que la stabilisation du patient dépourvu d'assurance maladie ou dont l'assurance maladie ne couvrirait pas les frais médicaux engagés. Le patient est par la suite transféré vers un établissement approprié – le plus souvent un hôpital public.

¹⁵ Olivier et al, *op. cit.*, sp. p. 238.

Lorsque les soins médicaux à apporter consistent en un « traitement continu », l'obligation de l'État n'est alors pas illimitée. Le *Constitutional Court* a retenu une interprétation très étroite des obligations constitutionnelles, jugeant que « l'État doit gérer ses ressources limitées afin de répondre à toutes ces demandes. A certains moments, cela impliquera la nécessité d'adopter une approche holistique pour les besoins plus larges de la société, plutôt que de se concentrer sur les besoins spécifiques de certains individus de la société »¹⁶.

IV - Autres droits fondamentaux apparentés

L'état de santé générale de la population d'un pays est affecté par les conditions socio-économiques, telles que le logement, une bonne alimentation, de l'eau propre et un bon système sanitaire. Le droit à l'accès à des conditions décentes de logement, la nourriture et l'eau sont très importants pour les soins de santé. Il en est de même du droit à la vie¹⁷, vis-à-vis des soins médicaux ; du droit à un environnement qui ne soit pas dangereux pour la santé ou pour le bien-être¹⁸ ; ou encore du droit fondamental à la dignité humaine¹⁹, notamment quant à l'évaluation du système de santé en Afrique du Sud. Aussi bien le droit à la vie que le droit à la dignité humaine sont des droits « inaliénables », totalement protégés par la Constitution.

D'autres facteurs socio-économiques tels que le chômage, le VIH/SIDA, l'hygiène, le transport, l'affaiblissement des structures familiales, ont également un rôle déterminant dans l'état de santé d'un individu. Ainsi, en 1994, le *Reconstruction and Development Programme (RDP)*²⁰ reposait sur l'idée que l'amélioration de la santé du peuple sud-africain ne pouvait être accomplie par le seul secteur de la santé. Les composantes nécessaires à cette amélioration sont l'autonomisation socio-économique, la promotion de l'égalité, le développement économique et la formation appropriée des ressources humaines. Ce programme envisageait un service national de santé

¹⁶ 1707A.

¹⁷ Cf. section 11 de la Constitution.

¹⁸ Cf. section 24 de la Constitution.

¹⁹ Cf. section 10 de la Constitution.

²⁰ Programme de reconstruction et de développement du Gouvernement de 1994. Pour plus de développements, cf. <http://www.anc.org.za/rdp/rdp2.html#2.12>

dont l'une des premières priorités consistait à réunir les différents acteurs (fournisseurs publics et privés de biens et de services) ; et ce, tant au niveau national, qu'à l'échelle de la province, du district et de la communauté. Par ailleurs, ce programme de reconstruction dans le secteur de la santé impliquait la transformation complète de l'intégralité du système d'accès aux soins. La réorganisation de l'ensemble de la législation, des institutions et des organismes était envisagée afin de corriger les effets néfastes de l'Apartheid, d'encourager et de développer des systèmes d'accès aux soins et des pratiques conformes aux normes et aux standards internationaux. Cette réorganisation était également nécessaire afin d'introduire des pratiques de gestion promouvant une délivrance efficace et humaine des services et d'assurer le respect des droits de la personne ainsi que la responsabilisation vis-à-vis des utilisateurs, des clients et du public en général. En outre, l'encouragement des communautés à la participation active en faveur de la planification, mise en place, surveillance et évaluation des services de santé dans leur zone était envisagé par le programme. Enfin, le RDP soulignait la nécessité de l'institution d'un ministre de la Santé unique ainsi que d'une seule *National Health Authority* (NHA)²¹. Cette dernière avait en charge le développement des politiques, standards, normes et objectifs nationaux, l'allocation du budget destiné à la santé, la coordination des recrutements, la formation, la répartition et les conditions de travail des travailleurs médicaux ainsi que le développement et l'application du *National Health Information System*²².

V - Les acteurs du secteur de la santé

Le gouvernement a indiqué qu'un Service national de santé incorporerait toutes les parties prenantes ; à savoir le secteur public, les ONG, le secteur privé et, plus particulièrement, les communautés. Le principe retenu dans le *White Paper for the Transformation of the Health System in South Africa*²³ est celui de secteurs mixtes de la santé pour promouvoir l'équité dans la fourniture des services²⁴. Le *National Health Act* tentait d'établir une

²¹ Autorité nationale de la santé.

²² Système national d'information sanitaire.

²³ Le Livre Blanc pour la transformation du système de santé en Afrique du Sud, *White Paper for the Transformation of the Health System in South Africa* GG 17910, GN 667 pf 1997 ch 1 § 1.1; cf. Olivier et al, *op. cit.*, sp. p. 239.

²⁴ *Idem*, ch 2, § 2.4.

intégration et une réglementation des parties prenantes des secteurs public et privé, grâce, entre autres, à ce que l'on appelle le « certificat de besoin ».

Afin de traiter les problèmes de coopération entre les intervenants des secteurs public et privé, le ministère de la Santé a organisé une *Lekgotla*²⁵ d'interaction publique-privée, au cours de laquelle plusieurs objectifs ont été identifiés, pour les partenariats entre les secteurs public et privé²⁶. Il s'agissait de partager les ressources (humaines, matérielles...) entre les deux secteurs, d'éviter les doublons dans la fourniture de services, ou encore d'obtenir un meilleur rapport qualité-prix en fournissant une couverture de soins médicaux à un prix moins élevé dans la mesure des moyens disponibles afin d'améliorer l'état de la santé en général. Corriger les graves inégalités dans les services de santé et dans l'état de la santé publique en promouvant ainsi l'égalité constituait un autre objectif. Il en était de même de l'amélioration de la capacité de garder, à l'intérieur du pays, les professionnels qualifiés de la santé. Enfin, la promotion de la production de revenus dans le secteur public et ainsi l'élargissement des sources de financement disponibles pour ces services de santé en constituaient le dernier objectif.

Cependant, afin de pouvoir assurer cette transformation, la nécessité d'un cadre réglementaire approprié se faisait désespérément sentir. La loi sur le système national de santé fournissait des lignes directrices en termes de stratégies pour que le secteur médical développe un système de santé unifié avec une approche privilégiant les « *primary health care* »²⁷. Cette approche des soins de santé primaires est considérée comme étant la façon la plus efficace et la plus rentable pour améliorer la santé de la population. Pour qu'elle réussisse, il faut qu'il existe un minimum de services de soins de santé primaires délivrés par un système de soins médicaux intégré à l'échelle du district. Toutefois, dans la pratique, très peu de choses ont été effectivement « réalisées ».

²⁵ *Lekgotla* peut être traduit par « forum de discussion ».

²⁶ Rapport de la « Public-Private Interactions » *Lekgotla*, 11-12 juillet 2002, Kopanong, Gauteng Cf. Olivier et al, *op. cit.*, sp. p. 240.

²⁷ Les soins de santé primaires.

Selon le *National Health Act*, les soins de santé au niveau du district relèvent de la province, et les provinces peuvent légiférer concernant les soins fournis. En ce qui concerne le *National/Social Health Insurance system*²⁸, les conseils de district sont à même de signer des contrats avec des groupes ou des fournisseurs privés de soins médicaux pour fournir certains services à leur circonscription.

À l'heure actuelle, il est fréquent que des intervenants du secteur privé effectuent un travail contractuel sous forme de « séances » dans les hôpitaux publics. Les petites villes et communes en sont venues à dépendre de ces services.

VI - Secteur public de la santé

Le système public de santé – dont la première source de financement, apportée par le gouvernement, vient des recettes fiscales – est utilisé principalement par ceux qui n'ont pas les moyens de faire appel au système privé. Ceci ne provient pas nécessairement d'une absence de ressources ou d'une situation de dénuement, mais du fait qu'il n'y aurait pas de produits appropriés de santé et de sécurité sociale auxquels ils puissent accéder compte tenu des moyens dont ils disposent. En raison de l'insuffisance des ressources financières, les services publics de santé sont généralement d'un niveau inacceptable.

Bien que le pays dépense environ 8,5% de son Produit Intérieur Brut dans les services de santé, le poids supporté par la santé publique ne cesse d'augmenter et il est particulièrement accru par la pandémie du VIH/SIDA. Le secteur public fournissant actuellement des services à environ 80% de la population, le ministère de la Santé a finalement déclaré que toute stratégie durable ayant pour but une délivrance efficace des soins de santé doit inclure des mécanismes permettant de puiser dans les larges réserves des ressources privées. En outre, l'existence d'inégalités interprovinciales est un fait ; les zones rurales subissant les conditions les plus dures.

²⁸ Le système national et social d'assurance maladie.

Neuf administrations provinciales de la santé ont été créées et sont responsables de la délivrance des soins hospitaliers, aussi bien que des soins de santé primaires. Les administrations provinciales transfèrent un pourcentage de leur budget aux autorités locales, qui fournissent également des soins de santé. Cependant, la responsabilité des politiques en matière de santé incombe au ministère de la Santé.

L'Afrique du Sud ne possède pas de système d'assurance maladie nationale obligatoire. Les niveaux élevés de chômage et de pauvreté font que la plupart des sud-africains sont incapables de verser des cotisations significatives pour financer des soins de santé. Dans bien des cas, les gouvernements des provinces qui sont responsables de l'établissement des budgets pour les services de santé ne sont pas en mesure d'appliquer les décisions politiques nationales. L'insuffisance budgétaire est souvent aggravée par le fait qu'aucune mesure n'a été prise pour tenir compte de l'impact du VIH/SIDA.

Dans *Treatment Action Campaign & Others v. Minister of Health*²⁹, une affaire ayant fait date concernant une thérapie antirétrovirale pour les nouveau-nés et leurs mères, le *High Court* a jugé que le gouvernement avait l'obligation de fournir ce traitement à tous les hôpitaux et cliniques du service public lorsque cela était possible. Dans *Minister of Health and others v. TAC*, le *Constitutional Court* a rejeté l'appel et confirmé que le gouvernement négligeait ses obligations constitutionnelles en ne mettant pas ce traitement à la disposition des personnes concernées³⁰.

Les hôpitaux du secteur public facturent actuellement des frais pour les soins hospitaliers aux personnes appartenant à la tranche de revenus la plus élevée, tandis que les patients aux revenus faibles reçoivent des soins gratuitement. Les frais, facturés sur le lieu de fourniture des services³¹, sont largement subventionnés ; les factures étant par la suite transmises aux assurances maladie. Toutefois, l'inefficacité croissante de ce système, en tant que source de revenus pour les hôpitaux publics, impose sa réorganisation.

²⁹ *Treatment Action Campaign & Others v. Minister of Health, op. cit.*

³⁰ *Minister of Health and others v. TAC*, 2002 4 BCLR 356 (T).

³¹ Contrairement au *National Health System* en Grande Bretagne : les soins y sont gratuits sur présentation du numéro de sécurité sociale.

VII - Assurance maladie privée

L'Afrique du Sud dispose d'un système formel d'assurance maladie privée bien organisé et réglementé, dont les cotisations aux plans prépayés en 2003 couvraient 77% des dépenses privées dans le domaine de la santé³². Le marché privé de l'assurance maladie est divisé en plusieurs classes de produits : assurances maladie (réglementées par le *Medical Schemes Act 131* de 1998) et ce que l'on appelle les « assurances santé » (réglementées par les *Long-and Short-term Insurance Acts* de 1998). Le paysage est dominé par les assurances maladie ; les primes des « assurances santé » représentent moins de 1,5% des dépenses médicales privées³³. Ainsi, les individus peuvent s'assurer contre le risque de tomber malade soit à travers une assurance privée, soit en devenant membres d'un programme d'assurance maladie.

La souscription à un programme d'assurance maladie selon le *Medical Schemes Act 131* est très répandue parmi la classe la plus aisée de la population, car cette affiliation est souvent une condition pour l'obtention d'un emploi. La principale différence entre l'assurance privée et la souscription à un programme d'assurance santé repose sur le principe de « solidarité ». Le *Council for Medical Schemes* suit les principes du *Medical Schemes Act*, en intégrant la « solidarité sociale » et « l'évaluation des communautés ». La couverture octroyée par une assurance privée individualise la couverture de santé puisque les produits d'assurance reposent communément sur des principes de liberté du marché qui emploient l'évaluation des risques et l'expérience pour offrir une couverture.

On a estimé qu'environ 20 à 25% de la population d'Afrique du Sud est couverte par le secteur privé de la santé³⁴. L'accès y est restreint, principalement pour des raisons financières. Toutefois, la conjoncture économique et politique a engendré une augmentation importante du nombre de lits dans les hôpitaux entre 1983 et 1999 (de 8 200 à 23 706). Le nombre

³² Organisation Mondiale de la Santé, 2006, p. 179, cf. T. Fish et S. Ramjee « Unaffordable medical scheme contributions: A barrier to access to private health cover in South Africa », *South African Journal of Business Management*, 2007, p. 29.

³³ H. McLeod, « Mutuality and solidarity in healthcare in South Africa », *South African Actuarial Journal*, 5, pp. 135-167; cf. Olivier et al, *op. cit.*, sp. p. 242.

³⁴ Olivier et al, *op. cit.*, sp. p. 242.

de lits dans les hôpitaux privés semble s'être stabilisé depuis 1999, restant juste au-dessous de 25000 lits³⁵.

VIII - Assurances maladie

Le *Medical Schemes Act 131* de 1998 expose une série de principes. Tout d'abord, les assurances maladie doivent faire l'objet d'une évaluation communautaire et ne peuvent pas opérer de discrimination en fonction de l'état de santé. Ainsi, l'intégralité des programmes ouverts doivent accepter tous les candidats et sont soumis à des protections anti-sélection. De même, l'ensemble des assurances maladie doivent offrir un ensemble de *Prescribed Minimum Benefits* (PMB)³⁶. Par ailleurs, les assurances maladie doivent couvrir la totalité du coût de toute prestation minimale obtenue des hôpitaux du service public et une couverture partielle des prestations des hôpitaux privés. En outre, l'ensemble des institutions exerçant l'activité d'assurance maladie doivent s'inscrire conformément au *Medical Schemes Act 131*. Cette législation prévoit également que le système standard permet une pénalité sous forme de supplément de prix pour les « souscripteurs tardifs »³⁷. Il convient de souligner que la définition de personne à charge a été étendue pour inclure les personnes qui sont financièrement dépendantes du membre principal ainsi que les partenaires du même sexe. Enfin, des pouvoirs de régulation étendus sont attribués au *Council for Medical Schemes* pour surveiller les assurances maladie.

Il n'y a que très peu de liens entre les assurances maladie et le secteur public. Cependant, certains programmes d'assurance ne paient les prestations minimales prescrites que si elles sont délivrées dans le secteur public ; ce qui a provoqué des problèmes en termes d'administration. D'une part, les fonctionnaires d'État des services de santé ne sont pas au fait du fonctionnement du système de facturation et de codage prescrit par le *Medical Schemes Act* et les réglementations en vigueur. D'autre part, les souscripteurs des assurances maladie sont également contrariés de devoir

³⁵ Health Systems Trust, « South African Health Review », 2001, disponible à l'adresse <http://www.hst.org.za/sahr/2001>, données mises à jour de la South Africa Hospital Association.

³⁶ Ensemble prédéfini de prestations minimales.

³⁷ À savoir les personnes souscrivant pour la première fois à un âge tardif.

rejoindre de longues files d'attente dans les établissements hospitaliers publics pour obtenir des soins médicaux.

Le problème a été exacerbé par le fait qu'à compter du 1^{er} janvier 2004 les assurances ont été contraintes de financer le traitement de 25 maladies chroniques qui ont été ajoutées à la liste des prestations minimales PMB. Les compagnies d'assurance ont publiquement déclaré vouloir que ces services soient assurés par des organismes d'État.

Les PMB annexées aux réglementations relatives au *Medical Schemes Act* imposent des restrictions diverses sur les conditions dans lesquelles les prestations médicales sont obtenues.

Conformément à une nouvelle réglementation, les assurances maladie couvrent, depuis 1^{er} janvier 2004, toutes les PMB en totalité et sans paiement conjoint ou franchise. Lorsqu'un assuré obtient le paiement d'un fournisseur non désigné ou refuse des médicaments listés, il peut lui être demandé de faire un remboursement conjoint.

Aucune clause n'étant prévue au sujet du traitement du virus VIH, une énorme lacune existe dans le système des assurances maladie. Les infections opportunistes sont traitées selon les PMB mais 1% seulement des quelques 5% d'assurés étant VIH positif sont déclarés comme appartenant à un programme de gestion du virus VIH³⁸. Le refus de traiter le virus VIH n'a aucun sens sur le plan médical et il pourrait être géré médicalement d'une façon similaire à n'importe quelle autre maladie chronique.

Par ailleurs, les assurances maladie sont également autorisées à imposer des périodes de carence soit générales, soit spécifiquement liées à l'état de santé et pouvant aller jusqu'à 12 mois pour les personnes n'ayant pas eu de couverture pendant les 90 jours précédant la souscription. Toutefois, les PMB ne sont pas soumises à ces périodes de carence. Ces dernières, de même que les pénalités applicables aux « souscripteurs tardifs », sont supposées avoir pour effet de décourager les personnes qui voudraient souscrire « opportunément » une assurance maladie. De telles restrictions à la souscription engendrent évidemment des difficultés, notamment pour les

³⁸ N. Martinson et al « Anti-retrovirals », *South Africa Health Review* 2002 ; Cf. Olivier et al, *op. cit.*, p. 245.

personnes dépourvues de couverture d'assurance non médicale ; celles n'ayant bénéficié d'aucune couverture pour cause de chômage ou de restriction pour la période spécifiée ; ou encore pour celles ayant appartenu à un système de type différent dans un autre pays... quand bien même ces individus n'auraient eu aucun « comportement opportuniste » volontaire.

En conclusion – et au-delà de l'absence actuelle de fourniture d'une couverture totale par les assurances maladie et des restrictions existant en termes d'accès aux soins de santé – une autre inquiétude majeure découle du fait que le nombre de souscripteurs d'assurances maladie est demeuré relativement stable, avec sept millions de membres ; un groupe par ailleurs en voie de vieillissement³⁹. En effet, d'après les chiffres publiés par le *Council for Medical Schemes* en 2006, le nombre réel de personnes couvertes par des assurances maladie officielles a augmenté légèrement pour passer de 6,71 millions en 2002 à 6,84 millions en 2005⁴⁰. Selon les estimations basées sur les recensements semestriels déterminés par *Statistics South Africa*, la proportion de la population qui était couverte a légèrement baissé au cours de cette période, malgré les changements dans les réglementations, ayant pour but de faciliter un plus grand accès aux assurances maladie pour les membres du public et les efforts des sociétés d'assurance maladie elles-mêmes.

IX - Services de santé traditionnels

Les services de santé traditionnels sont particulièrement populaires au sein des groupes marginalisés, tels que les pauvres vivant dans les zones rurales. L'utilisation de services traditionnels ne devrait pas être sous-estimée, en particulier à la campagne, en ce qui concerne des pathologies telles que l'infertilité ou des affections que la médecine conventionnelle ne guérit pas, par exemple les maux de tête persistants. Ceci est vrai également pour de nombreuses pathologies psychologiques mal définies.

Les guérisseurs traditionnels sont des travailleurs médicaux bien établis au sein de leur communauté. Il a été estimé que 60 à 80% de la population sud-africaine utilisait actuellement le secteur médical traditionnel comme

³⁹ Olivier et al, *op. cit.*, p. 245.

⁴⁰ Fish, *op. cit.*, sp. p. 29.

son premier contact en vue d'obtenir des conseils et/ou un traitement pour ses problèmes de santé⁴¹. En 1998, le nombre de guérisseurs traditionnels en Afrique du Sud était estimé à un demi-million⁴². Cependant, ces praticiens sont concentrés dans les « *townships* » habitées principalement par des personnes aux revenus faibles et situées dans les zones rurales ; bien qu'il existe, dans certaines zones urbaines relativement aisées, comme Cape Town, des établissements ou pharmaciens ordinaires au sein desquels ces remèdes traditionnels sont disponibles.

Il y a eu des tentatives d'établissement pour les guérisseurs traditionnels d'une réglementation similaire à celle existant pour d'autres professionnels de la santé, en instituant un *Traditional Health Practitioners* (Conseil des praticiens traditionnels de la santé). Le cadre réglementaire, établi dans le *Traditional Health Practitioners Act* de 1994, prévoit que le conseil supervise des problèmes tels que la formation, les normes relatives aux soins, les comportements contraires à l'éthique et les honoraires facturés.

X - Services médicaux religieux

Des services médicaux formels et informels sont également fournis par les communautés religieuses aux membres de leur congrégation et parfois à la communauté. Pour illustration, les Églises traditionnelles africaines, comme l'Église chrétienne de Sion, considèrent le fait de guérir leurs membres comme l'un des aspects majeurs de leur mission pastorale⁴³.

Les temples musulmans offrent des soins de santé spirituels. Des confessions telles que le bouddhisme, l'hindouisme et le bahaïsme pratiquent des soins alternatifs, tels que la méditation et le yoga. L'étendue réelle de ces soins reposant sur la religion n'est pas quantifiée de façon très fiable mais on estime généralement qu'elle est en cours d'augmentation.

⁴¹ E. Pretorius « Traditional Healers », *South African Health Review* 1999 – disponible sur : http://www.hst.org.za/publications/item.php?item_id=697

⁴² G. Bloom and D. McIntyre, « Towards equity in an unequal society », 1998, 47 *Soc. Sci. Med.*, pp. 1529-1532.

⁴³ B. Schmidt et al « Health services provided by religious communities », *South African Health Review*, 1999, sur : <http://www.hst.org.za/sahr/99/chap 10.htm>

XI - Extension de la couverture des soins de santé en Afrique du Sud

La difficulté en Afrique du Sud d'étendre les soins de santé aux groupes qui ne sont pas couverts est un problème que connaissent la plupart des pays en voie de développement. Des soins de santé appropriés exigent également de l'eau propre, de la nourriture, un abri, de l'éducation, du travail... ; en d'autres termes, une base socio-économique solide.

A - Sécurité sociale

L'accès aux assurances maladie est extrêmement limité en Afrique du Sud. Ceci est principalement dû au fait que les programmes d'assurances maladie sont réservés aux personnes ayant officiellement un emploi. Des statistiques datant de 1999⁴⁴ brossent un tableau épouvantable de la couverture de la population, montrant que 77% de la tranche la plus aisée de la population blanche bénéficie d'une couverture médicale, contre seulement 11% des Africains noirs, 23% des « *coloured* » et 23% des indiens. De même, parmi les sept millions environ de souscripteurs d'assurances maladie, 44% sont blancs contre 40% d'Africains noirs, 12% de « *coloured* » et 5% d'indiens.

En dehors des assurances maladie, il existe une notion d'Assurance nationale et sociale⁴⁵. Cependant, bien que l'on ait initialement commencé à en discuter à la fin des années 1980, comme d'un mécanisme que le service public pourrait utiliser afin d'attirer des ressources dépensées dans le secteur privé, la couverture n'a pas été obtenue⁴⁶. Les propositions actuelles concernant l'introduction d'un système national d'assurance maladie peuvent être présentées en 4 phases :

Phase 1 : Développement d'un environnement favorable

- Préparation d'un système de budget pour le secteur public
- Préparation d'un système hospitalier du secteur public

⁴⁴ The 2nd Kaiser Family Foundation Survey of Health Care in South Africa, *cf.* Olivier et al, *op. cit.*, pp. 247-248.

⁴⁵ M. A. Christianson, « Health care », Strydom EML (ed) *Essential Security Law* (Juta 2001) pp. 142-144; *cf.* Olivier et al, *op. cit.*, sp. p. 248.

⁴⁶ J. Doherty et al, « Social Health Insurance », *South African Health Review*, 2000, pp. 169-170.

- Consolidation des réformes des assurances maladie
- Développement d'un système intégré de subvention
- Mise en place de mesures pour contenir les augmentations des coûts du secteur privé

Phase 2 : Mise en place de réformes préparatoires

- Fonds d'égalisation des risques pour les assurances maladie
- Subvention indexée aux risques pour les assurances maladie
- Assurance maladie sponsorisée par l'État
- Environnement obligatoire pour les fonctionnaires

Phase 3 : Application de mandats légaux

- Mandater la souscription des assurances maladie aux dirigeants de petites et moyennes entreprises, aux personnes aux revenus élevés et un environnement cotisable volontaire pour les groupes à faibles revenus, un programme sponsorisé par l'État, un fonds cotisable du secteur public.

Phase 4 : Application de l'assurance maladie nationale

- Fonds d'action central
- Fonds cotisable du secteur public.

La période d'application de la réforme allait de 2002 à 2008. La réussite financière de la proposition d'assurance nationale s'articule autour d'un fonds d'égalisation des risques (en phase 2) qui rembourserait les assurances assumant le profil de risque moyen de la population sud-africaine. Il financerait également le fonds cotisable du secteur public auquel appartiendraient les membres sans assurance maladie de l'assurance nationale et sociale. Un groupe de travail a été mis en place pour examiner le problème de l'égalisation des risques⁴⁷.

⁴⁷ <http://www.medicalschemes.com>

La proposition prévoit qu'à la fin le système fournisse une couverture répartie comme suit :

Pauvres : couverture divisée en quatre phases avec prestation de base dans le secteur public (gratuite).

Faibles revenus : prestation de base dans le secteur public au cours des phases 1 et 2 (cotisation pour les usagers), gratuite au cours des phases 3 et 4. Aux stades 2, 3 et 4 il y aurait également une assurance maladie volontaire. Cependant, à partir de la phase 3 il y aurait une cotisation volontaire au secteur public. Elle deviendrait obligatoire en phase 4 en tant que programme de cotisation au secteur public.

Revenus moyens : En phases 1 et 2, la prestation de base dans le secteur serait payante pour l'utilisateur avec une assurance maladie volontaire. En phases 3 et 4, l'assurance maladie deviendrait obligatoire. En phase 4, les cotisations au régime national deviendraient obligatoires.

Revenus élevés : les mêmes règles s'appliqueraient aux personnes aux revenus élevés ainsi qu'aux personnes aux revenus moyens (voir ci-dessus).

La fourniture de soins universels coûte cher à un pays aux revenus moyens qui ne dispose pas d'un système national d'assurance maladie et qui souffre d'un taux élevé de chômage. L'Afrique du Sud a encore des indicateurs de santé faibles, si l'on compare avec d'autres pays aux revenus moyens. Le secteur médical est en compétition avec d'autres secteurs pour l'attribution de ressources insuffisantes et les travailleurs qualifiés dans le domaine de la santé sont nombreux à émigrer⁴⁸.

Il a également été proposé que les plans existants d'assurance maladie soient étendus pour couvrir des catégories exclues de travailleurs, tels que les domestiques, les travailleurs familiaux et les travailleurs occasionnels – c'est-à-dire les personnes travaillant dans l'économie informelle⁴⁹.

⁴⁸ Sunday Times « Young doctors plan to bolt en masse », Ngwena « The Historical Development of the modern healthcare system: from privilege to egalitarianism », 2004, *De Jure*, vol. 37, Edition 2, p. 310.

⁴⁹ E. Reynauld, « The extension of social security coverage: The approach of the International Labour Office » – <http://www.issa.int/pdf>

Le projet de Charte pour le secteur de la santé de la République d'Afrique du Sud⁵⁰, publié en 2005, soulignait qu'une petite minorité des sud-africains (entre 15 et 20% de la population) a un degré élevé d'accès aux services de santé et qu'une grande majorité (entre 75 et 80%) a soit un accès limité, soit en est dépourvue. Le « degré élevé d'accès » concerne la proportion de la population qui peut s'offrir des soins médicaux privés et la « grande majorité » concerne ceux qui, s'ils en ont besoin, obtiennent des soins dans le service public⁵¹. En effet, le secteur public fournit des services de santé à tous, excepté à une faible proportion de la population. En 2004, il y avait 410 hôpitaux disposant de 105665 lits (79,6%) et 204 hôpitaux privés disposant de 26593 lits (20,4%). D'après les chiffres officiels, l'Afrique du Sud avait une population de 44,8 millions de personnes en octobre 2001. Les estimations du taux de pauvreté vont de 40 à 60% de la population. Si l'on se base sur le seuil de pauvreté de 800 Rand⁵² par mois pour un foyer, 52% des foyers vivaient dans la pauvreté en 1996. On pourrait donc conclure sans risque d'erreur qu'en 2001 au moins la moitié de la population, soit 22,4 millions de personnes, n'avaient pas les moyens de s'offrir des soins de santé formels complets⁵³.

Selon les Comptes nationaux du secteur de la santé, en 1995, 28,8% de la population n'étaient pas couverts par une aide médicale et faisaient appel à des services médicaux privés. Dix ans plus tard, l'enquête *General Household Survey* de 2005 a établi qu'un peu plus de 40% de l'ensemble des consultations avaient eu lieu dans le secteur privé cette année-là et que 55,4% des consultations du secteur privé concernaient des patients n'ayant pas d'aide médicale. Bierman avance l'idée que le secteur privé de la santé est utilisé par bien plus de 16% de la population, contrairement à ce que déclare le gouvernement. Son analyse des données statistiques conclut que le secteur public de la santé dépense des fonds sur une proportion potentielle de 54% de la population (24 millions de personnes en 2001) et non pas les 84% qui sont déclarés. Il prétend donc que l'utilisation réelle des services de santé concerne entre 16 et 46% de la population qui utilisent des soins du service

⁵⁰ *Draft Charter for the Health Sector of the Republic of South Africa* 2005, <http://www.doh.gov.za/docs/misc/healthcharter.pdf>

⁵¹ J. Bierman, « Perpetuating the 16-84 health care fallacy », décembre 2006, dans *Health Policy Unit*, article principal disponible à l'adresse suivante <http://healthpolicyunit.org/scripts/documents/showDocument.asp?docId=31>

⁵² 1 € = 11,7953 South African Rand.

⁵³ J. Bierman, *op. cit.*, (note 73) p. 2.

privé, et potentiellement entre 54 et 84% qui utilisent le secteur public de la santé. Cependant, ceci implique encore qu'une large part de la population n'a pas accès à des soins de santé appropriés, même s'il y a un désaccord sur l'exactitude des statistiques citées par le gouvernement.

B - Programmes d'assistance universelle et sociale

Pour que le système de santé sud-africain puisse éviter les exclusions involontaires, davantage de ressources doivent être canalisées dans les services des zones d'habitation rurales et périurbaines. Parmi les mécanismes proposés pour réaliser une meilleure distribution des fournisseurs de services médicaux, on peut citer ce qu'on appelle le « certificat de besoin »⁵⁴. Le but est qu'un tel système amène les professionnels de la santé et les établissements hospitaliers à se déplacer vers les zones insuffisamment desservies. En outre, une attention plus grande devrait être accordée aux facteurs qui ont une influence sur la santé, tels que la nutrition, l'eau propre et en quantité suffisante, l'hygiène, les transports, etc.

C - Promotion des initiatives bénévoles locales

La promotion et le soutien des initiatives bénévoles, telles que la micro assurance, peuvent être utilisés comme une mesure provisoire pendant que l'on recherche une solution définitive pour obtenir une assistance sociale qui atteigne les catégories exclues telles que les travailleurs indépendants et les personnes travaillant dans l'économie informelle. Cette initiative doit être développée en complément d'autres mesures prises en faveur des personnes travaillant dans l'économie informelle. Ceci implique que le gouvernement devra mettre en place une politique qui relie les programmes de sécurité sociale informels à ceux du secteur officiel.

⁵⁴ Chapitre 6 du *National Health Act* 2003.

XII - Traiter les besoins des sans-papiers en matière de soins de santé

La Charte des Droits fondamentaux⁵⁵ impose de donner le droit aux sans-papiers d'accéder aux soins médicaux. L'Afrique du Sud peut prendre en charge ces immigrés en suivant l'exemple de pays tels que les Pays-Bas, la Belgique ou l'Espagne. Ils pourraient, à l'instar des immigrés sans-papiers aux Pays-Bas, avoir accès aux médecins généralistes. De même, un fonds de liaison pourrait rembourser les factures non acquittées pour les soins médicaux, ou à défaut, au moins compenser le manque à gagner encouru par les médecins...

L'étendue de l'intégration de l'égalité en tant que notion de justice dans l'accès aux soins de santé, au sein du système sud-africain, a un sens différent en fonction des personnes qui l'interprètent⁵⁶. Depuis l'avènement de la nouvelle délivrance constitutionnelle, les réformes des soins de santé ont été basées sur le principe de l'équité. L'obtention d'une égalité fondamentale est un impératif constitutionnel et la Constitution reconnaît le droit de chaque individu à avoir accès aux soins de santé, conformément à la section 27 (2). L'État a l'obligation de déployer les ressources nécessaires à cet effet. Le but est désormais d'obtenir un système de santé qui soit disponible, accessible, acceptable et de bonne qualité.

Selon Ngwena⁵⁷, le *White Paper for Transformation of the Health System in South Africa* a fourni les bases d'un « système égalitaire de soins de santé au niveau politique ». Il avait pour but avoué de « promouvoir l'égalité par le développement d'un système de santé unique et unifié » qui a été adopté et maintenant repris dans le *National Health Act 2003*. Il se donnait pour but de rendre les soins médicaux primaires disponibles comme point d'entrée du système de santé pour tous, sans distinction de race, de ressources ou de situation géographique. Il cherchait à combler l'écart entre la ville et la campagne et les disparités dans les ressources économiques en se concentrant sur les personnes défavorisées et âgées des zones rurales, périurbaines et urbaines, en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

⁵⁵ Section 28(1c) de la Constitution.

⁵⁶ Ch. Ngwena « The Historical Development of the modern healthcare system: from privilege to egalitarianism », *De Jure*, Vol. 37, Edition 2, 2004, p. 301.

⁵⁷ *Idem*.

La philosophie qui sous-tend le Livre blanc – et le *National Health Act* – n'est pas seulement le produit d'impératifs constitutionnels, si l'on en croit Ngwena, mais aussi un reflet de l'acceptation du consensus international sur la fourniture équitable des soins de santé pour tous. Le concept de soins médicaux primaires est venu en grande partie de l'OMS, vers les années 1970. L'idée principale est donc qu'il y a des niveaux de soins essentiels ou basiques. Il incombe au gouvernement de s'assurer de l'accessibilité des soins de santé et de faire en sorte qu'il y ait une implication démocratique de la communauté dans la planification et dans l'application des soins de santé.

Dans le cadre d'une promotion de l'égalité, une redistribution des ressources publiques de santé est en cours. Le préjugé historique en faveur des institutions basées en zone urbaine est en train de s'inverser. Un énorme plan de construction de cliniques est en cours dans l'ensemble du pays, pour permettre la délivrance des soins primaires de santé.

Conclusion et recommandations

Le système de santé sud-africain est en train de faire de gros efforts pour se réformer. Parmi ses efforts, on peut citer la formulation de propositions en vue d'un système national et social d'assurance médicale ; le *National Health Act* de 2003 ; de nouvelles réglementations relatives aux médicaments, ayant pour but de limiter le prix des médicaments grâce aux génériques et visant à stopper les profits abusifs réalisés sur la vente de médicaments ; ainsi qu'un renforcement de la réglementation sur les assurances maladie. On peut également mentionner, au titre des efforts consentis, les inspections et l'établissement de normes d'installation pour le système hospitalier public ainsi que la mise à disposition de chambres privées dans un plus grand nombre d'hôpitaux publics. Soulignons enfin, l'existence de tentatives d'information des patients quant à leurs droits et à ce qu'ils peuvent légitimement attendre des fournisseurs et financeurs des services de santé.

L'objectif des réformes est de « fournir des services acceptables à tous et d'accueillir les groupes marginalisés. Il consiste aussi à aligner la politique en matière de soins médicaux de l'Afrique du Sud sur les normes

internationales »⁵⁸. Cependant, le coût élevé supporté par les individus essayant d'obtenir une couverture dans le secteur privé est un nouveau sujet d'inquiétude. Une condition préalable importante pour que la réforme réussisse est l'acceptation par les sud-africains privilégiés du principe de solidarité, c'est-à-dire de l'égalisation des risques, ainsi que la volonté des professionnels de la santé, des propriétaires d'établissements de soins, du ministère de la Santé et des patients de prendre une part active aux réformes des soins de santé.

Peut-être plus qu'aucun autre facteur, l'échelle gigantesque de la pandémie du VIH/SIDA dans le pays a constitué un facteur déterminant dans la volonté de mettre en place un accès universel à la santé⁵⁹. Des changements ont parfois été introduits avant la création de moyens en termes de ressources humaines et autres infrastructures. Cependant, les fondations d'un système équitable de soins de santé sont en train d'être posées. Il n'y a aucune raison pour que l'Afrique du Sud ne puisse pas fournir à tous ses habitants une gamme minimale décente de soins, conformément aux ressources disponibles. Le coût des médicaments fabriqués permettant de sauver ou de prolonger la vie a été un facteur particulièrement contraignant. Si le prix des médicaments demeure exorbitant, il n'est pas possible d'obtenir l'égalité pour les pauvres dans les pays en voie de développement.

⁵⁸ Ngwena, *op. cit.*, sp. p. 311.

⁵⁹ Ngwena, *op. cit.*, sp. p. 311.